

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

337

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Mai 1904, à 1 heure

Par G.-J. PLATEAU

Né à Quimper (Finistère), le 5 avril 1879

Recherches Historiques et Topographiques

SUR LA

LÈPRE EN BRETAGNE

et sur ses rapports avec le

SYNDROME DE MORVAN

Président : M. BRISSAUD, professeur.

Juges : MM. GAUTIER, LANDOUZY, professeurs.
TEISSIER, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1904

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs

Anatomie.....	MM.	P. POIRIER.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BEISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
		N...
Clinique médicale.....		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILLAUX.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophthalmologique.....		DE LAPÉRONNÉ.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		PINARD.
Clinique gynécologique.....		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL, Chef des
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	travaux anatomiques
BESANÇON.	BILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIERY.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTONNI.	Vaquez.
CUNEO.	JEANSELME.	BÉMY.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
			WURTZ.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

La *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* publiait en 1883 un travail où le Docteur Morvan de Lannilis décrivait, appuyé de sept observations, un type spécial de maladie constituant un ensemble de symptômes nettement définis et jusqu'alors laissés dans l'ombre.

Cette maladie, appelée par le docteur Morvan « Parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures », prit dans la suite le nom de « Maladie de Morvan ».

Le premier cas soumis à l'observation du docteur Morvan remontait déjà à une trentaine d'années avant la communication qu'il fit à la *Gazette hebdomadaire*, et voici dans quelles conditions il fut mis en présence de la nouvelle entité clinique :

Un homme de soixante ans se présentait à sa consultation avec un panaris à l'un des doigts de la main ; la main et tout l'avant-bras étaient enflés « nous constatons, dit le docteur Morvan, la nécrose de la phalange

onguéale et nous lui proposons de pratiquer une incision pour arriver à l'extraction ; et comme le malade n'acceptait qu'avec un entrain modéré, nous ajoutons que l'incision serait comme un éclair, qu'il n'aurait pas le temps de souffrir. Nous procédons à l'incision qui fut une assez large entaille. Quelle ne fut pas notre surprise de voir le calme de ce brave homme, qui à nos yeux, n'était pas précisément un héros, et qui cependant n'avait pas sourcillé !... Pas une plainte !! Il eût été de bois qu'il n'en eut pas été autrement... Nous étions tombés pour la première fois sur une de ces *paralysies analgésiques des extrémités supérieures* qui font le sujet de notre mémoire. » Des observations de ce genre furent reconnues ensuite par le docteur Guelliot, de Reims, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1883, et par Verneuil, Broca (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie* 1885) et publiées sous les noms de : *panaris anesthésiques* et de *panaris analgésiques*. En 1887 le docteur Morvan apportait huit nouveaux faits constatés dans sa clientèle et en les additionnant avec ceux déjà passés sous ses yeux, cela faisait un total de dix-sept cas pour une population de 50.000 âmes environ.

La Maladie de Morvan représentait donc bien déjà des caractères suffisants pour en faire un syndrome clinique facile à différencier d'affections pouvant présenter avec elle quelque similitude.

Déjà en 1884 et 1885, Leloir attirait l'attention sur des cas ayant de l'analogie avec des symptômes de lèpre fruste. Lorsqu'en 1892 et 1893 le docteur Zambaco Pacha reprenant cette thèse venait démontrer la survi-

vance de la lèpre en Bretagne et dans le midi de la France et affirmer que les observations de Morvan ne représentaient que des formes atténuées de la lèpre. D'après Zambaco même, la syringomyélie, la sclérodermie et la maladie de Raynaud, considérées jusqu'ici à tort comme des affections autonomes, devaient faire retour à la lèpre dont elles n'étaient que des formes frustes et dégénérées.

Bien que les maladies incriminées présentent avec la lèpre de telles analogies objectives que des cliniciens consommés ont été induits en erreur, les différences aux points de vue anatomique et bactériologique sont telles qu'on ne peut souscrire aux conclusions de M. Zambaco (1). M. le professeur agrégé Jeanselme fit alors des recherches dans la région du nord-ouest de la Bretagne et retrouva des malades vus par Morvan ; il constata également la présence de lépreux indéniables, mais en nombre extrêmement minime. Tandis que pour ce qui est de la *Maladie de Morvan* dans ce qu'elle a d'essentiel, c'est-à-dire les panaris successifs suivis de nécrose, elle pouvait être réalisée aussi bien par la lèpre que par la syringomyélie et prenait pour cette raison le nom de *syndrome de Morvan*. M. Jeanselme se trouvait en mesure d'affirmer que les cas de Morvan ressortissaient en général à la syringomyélie.

On pouvait donc conclure à ces deux hypothèses :
1° Il existe des cas de lépreux avérés en Bretagne mais très rares.

(1) Jeanselme : Rapport sur la lèpre en France et dans ses colonies, *Presse médicale*, 1897.

Cette lèpre cantonnée sur le littoral est-elle le résultat d'une importation exotique ou bien la continuation d'une lèpre autochtone ayant sévi dans les siècles passés. En d'autres termes, la maladie de Morvan ne serait-elle que la transmission héréditaire d'une lèpre très atténuée dans ce pays?

2° La maladie de Morvan est-elle un syndrome dû à des lésions nerveuses d'origine médullaire ou périphérique et pouvant être différencié de la lèpre.

Pour répondre à ces questions, nous étions amenés à faire l'histoire de la lèpre en Bretagne, Puis reprenant la question de l'authenticité de la *Maladie de Morvan*, et avec des observations nouvelles, nous nous sommes proposés d'examiner ses rapports avec la lèpre.

Mais avant d'aborder notre sujet, c'est avec le plus vif plaisir que, nous conformant à la tradition, nous venons rendre hommage à tous les maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales, et nous ont aplani les difficultés de la clinique dans les hôpitaux.

Nous dédions ces pages à nos maîtres de l'école de Rennes :

A notre regretté professeur, le docteur Delacour, qui nous a enseigné les premiers principes de la clinique ; nous n'avons pas oublié ses leçons déjà lointaines.

M. le professeur Dayot, chirurgien à l'Hôtel-Dieu, a été pour nous un maître affable et bienveillant, et nous avons passé près de lui, comme externe, une excellente et profitable année.

M. le professeur Bruté de Rémur, dans son service

d'ophtalmologie, où nous fîmes une deuxième année d'externat, et dont la sagacité clinique a été fort utile à notre instruction.

M. le docteur Bodin avec qui nous avons compris les tendances de la dermatologie, les conquêtes et le mode de traitement des maladies de la peau.

M. le docteur Perret nous a initié à la pratique des accouchements avec une bienveillance dont nous nous souviendrons toujours.

Nous avons également appris à débrouiller le problème toujours difficile des cas de clinique interne, grâce aux savantes leçons de MM. les docteurs Bertheux et Follet ; nous leur en sommes profondément reconnaissant.

MM. les docteurs Castex, Lhuissier, Lefeuvre Lautier et Perrin de la Touche nous ont inculqué les principes de l'anatomie et de la physiologie ; MM. Blin et Le Damany ceux de la thérapeutique et de l'hygiène ; nous savons tout le prix de leur enseignement.

Nous devons particulièrement un juste tribut de reconnaissance au professeur Follet, de Rennes, dont nous avons su apprécier les encouragements et les conseils pour mener à bien notre sujet. Nous tenons à le remercier aussi pour l'observation prise dans son service et qu'il a bien voulu nous transmettre.

M. le professeur agrégé Jeanselme fut à notre égard le savant conseiller que l'on sait par ses travaux sur la lèpre et la pathologie exotique ; nous le prions d'accepter nos remerciements pour les documents qu'il nous a fournis

Nous ne pouvons oublier non plus que nous devons une bonne partie de notre travail à l'amabilité de M. Trévédy, qui, de la façon la plus gracieuse, a su mettre à notre disposition ses recherches et ses publications archéologiques.

Nous remercions bien vivement M. le professeur Brissaud de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse

PREMIÈRE PARTIE

HISTOIRE DE LA LÈPRE EN BRETAGNE

C'est aujourd'hui un fait acquis ; la lèpre existait en Occident bien avant les croisades. De quelle manière alors, prendrons-nous connaissance de son origine en Bretagne ? Les textes indiquant l'apparition du fléau en Bretagne sont assez rares. A l'article lèpre, du dictionnaire Larousse, Willis assure « que les habitants de la Cornouailles, province maritime d'Angleterre y (à la lèpre) étaient anciennement très sujets » (1).

(1) Selon M. de la Borderie, les Cornouaillais de Basse Bretagne ne sont pas les descendants des Cornouaillais d'Angleterre ; ces derniers sont les ancêtres des Trécorrois, de l'élément breton des évêchés de St-Brieuc et d'Aleth (St-Malo). — Ne peut-on voir dans ce fait une cause de la fréquence relative des cas de « maladie de Morvan » dans le Nord-Ouest de la Bretagne. (Note de l'auteur).

Nous savons que dans la deuxième moitié du vii^e siècle, saint Finnan, en Irlande, est appelé « lobhar » c'est-à-dire le lèpreux, parce qu'il avait longtemps souffert de la lèpre (1) et que pendant le x^e siècle, la lèpre est mentionnée dans le pays de Galles. Deux hypothèses se présentent donc : ou nos ancêtres les Bretons, passant de l'île de Bretagne en Armorique ont amené avec eux des individus déjà contagionnés et ainsi répandu la maladie dans ce pays, ou, débarqués indemnes de lèpre, ils ont été contaminés au contact des populations autochtones.

Les vies des saints bretons écrites sur des documents contemporains, nous parlent souvent de lèpreux ; c'est là également une preuve de la présence de la lèpre en Bretagne avant le xi^e siècle. M. Trévédy nous fait aussi remarquer qu'avant le xii^e siècle, il y avait en Haute-Bretagne « une quantité de femmes nobles lèpreuses » et qu'on peut inférer de là combien la lèpre y était commune. Il nous paraît d'autre part inadmissible que, les seigneurs et les chevaliers bretons, partis avec leur duc Alain Fergent pour la première croisade en 1096, aient été la cause de la diffusion de la lèpre en un si court espace de temps.

D'après certains auteurs, la lèpre aurait fait une apparition en Bretagne à l'époque de l'arrivée des Phéniciens dans ce pays.

En résumé, de toute évidence, la lèpre sévissait en Bretagne bien avant le x^e siècle ; mais des documents

(1) Joyce : *Irish Names of places*, t. I, p. 183.

nous manquent qui nous permettent de préciser l'époque de son origine dans cette région.

L'isolement des lépreux, leur genre de vie, la disparition de la lèpre de Bretagne, feront l'objet de cette première partie.

CHAPITRE PREMIER

Mesures prises pour l'isolement des lépreux.

A leur retour de Terre-Sainte, les Croisés provoquèrent-ils en Armorique une nouvelle exaltation de la lèpre ? On est en droit de le supposer. Il serait dès lors intéressant de rechercher quels furent les moyens mis en pratique dans ce pays pour éloigner la contagion. Le plus simple et le plus facile en était l'isolement qu'on entoura d'un cérémonial et d'un rituel spéciaux.

Un des documents les plus anciens à ce sujet, nous est fourni par Lobineau qui dit avoir trouvé le fait suivant dans les pièces du procès de Dol contre Tours, jugé définitivement par Rome en 1199. Dans la noblesse du diocèse de Dol, des maris prenaient ou feignaient de prendre à la lettre, l'office des morts, célébré à l'occasion de leurs femmes devenues lépreuses, et « soit par libertinage ou par ignorance se hâtaient de prendre d'autres femmes en sorte qu'il y en avait quantité qui avaient jusqu'à trois femmes vivantes à la fois » (1).

(1) Lobineau : *Hist. de Bretagne*, p. 201.

L'historien ajoute : « Ce qui pouvait avoir donné lieu à cette pratique était que, selon les rituels de quelques églises, les lépreux étaient censés morts, et la cérémonie essentielle en les séquestrant était de célébrer pour eux l'office des morts. Le détail des rites et des cérémonies qui accompagnaient l'isolement des lépreux nous ayant été transmis, nous pouvons jeter quelque lumière sur la condition des lépreux dans notre pays. Malheureusement, malgré de longues et patientes recherches, seuls deux rituels ont pu être retrouvés : celui de Rennes suivi à Dol et à Saint-Malo et celui de Saint-Brieuc qu'on suivait d'ordinaire à Tréguier (1). »

Aucune trace de rituels pour ce qui concerne les diocèses de Nantes, de Vannes, de Quimper et de Saint-Pol. Serait-ce que, dans ces pays, comme le fait remarquer M. Trévédy, l'isolement des lépreux, se faisait sans les formalités usitées ailleurs ? A ce propos, le savant auteur nous soumet une pièce concernant un isolement de lépreux, ordonné à Quimperlé en 1453. En voici le résumé : La paroisse Saint-Michel-de-Quimperlé était rattachée au fief de l'abbaye de Sainte-Croix et à ce titre, le chambrier de l'abbaye jugeait les causes d'isolement (ce chambrier est un officier claustral qui a soin des revenus de la maison.) Au mois de janvier 1453, le bruit se répandit qu'un nommé Yves Le Bihan était lépreux. Le fait fut révélé au chambrier. Celui-

(1) Tout ce qui suit est tiré de l'ouvrage de M. Trévédy sur « la séparation des lépreux et leur condition, notamment en Bretagne ».

ci fit alors assigner Le Bihan, et s'étant assuré de sa comparution assigna comme experts deux barbiers « connaissant bien la lèpre ».

Selon un ancien et constant usage, l'assignation était donnée dans un champ dit Locdelau voisin de la léproserie située à une lieue de la ville. Si l'audience est ainsi tenue en plein air malgré la saison froide, c'est que, outre les deux barbiers, les lépreux de la léproserie voisine sont appelés comme experts.

Le chambrier, arrive suivi d'un notaire qui écrira la sentence sous la dictée du chambrier ; les barbiers, et les lépreux accompagnés de leurs femmes sont présents. Le chambrier représente à Le Bihan qu'il est accusé (au sens strict du mot *reus* en latin) d'un mal qu'un miracle seul peut guérir et qui est contagieux ; il essaie de le consoler. D'ailleurs Le Bihan ne nie pas son mal et se soumet à la visite.

Les barbiers conduisent le malade à l'écart pour qu'il se déshabille et soit examiné par eux seuls. Après quoi les lépreux s'approchent à leur tour pour voir de près et constater l'affection. Mais ils ne viennent pas seuls ; leurs femmes qui ne sont pas dites lépreuses, mais qui habitent avec leurs maris, se joignent à eux, sans commission du chambrier mais aussi sans opposition de sa part.

Bientôt tous ensemble ramènent Le Bihan au chambrier, qui les interroge l'un, après l'autre, serment prêté. Leur avis est unanime et Le Bihan accepte d'avance la sentence que le chambrier prononce en présence de tous les experts. Mais cette sentence ne

peut être exécutée aussitôt ; car les maisons de la léproserie sont (1) toutes occupées et le chambrier avertit Le Bihan que le procureur et les paroissiens de Saint-Michel lui feront bâtir une petite maison, spéciale et provisoire, où il recevra le vivre, le vêtement et tout ce qui lui sera nécessaire. A propos de la décision prise à l'égard de ce lépreux, M. Le Men dans son édition de l'*Histoire de Quimperlé* dit que : « la sentence est rendue... sans aucune de ces formules prohibitives que l'on remarque hors de Bretagne dans les documents du même genre ». Mais nous verrons plus loin que les défenses ou prohibitions se retrouvent même en Bretagne, non dans l'*ordonnance* de l'isolement, mais dans l'acte d'exécution. Outre cette pièce que nous venons de résumer, M. Trévédý nous fait connaître l'existence de cinq autres procès d'isolement suivis en 1465, 1470, 1475, et 1481 devant l'official de Tréguier contre cinq habitants de Morlaix. Les cinq qui se succèdent en l'espace de seize années montrent, notons-le en passant, que la lèpre était assez commune à cette époque.

Nous avons déjà relaté que les *défenses* ou *prohibitions* devaient accompagner non la sentence de l'isolement, mais bien son exécution. Nous trouvons dans l'examen du rituel de Rennes quelques éclaircissements

(1) Le mot de « léproserie » n'est que très rarement employé en Bretagne. Il ne représente pas l'hôpital actuel, mais bien un groupe de maisonnettes abritant des lépreux et assez éloignées des agglomérations pour empêcher tout contact avec les gens bien portants (note de l'auteur).

sur les contraintes auxquelles, sera soumis le lépreux isolé.

La sentence est rendue. Un prêtre vient chercher le lépreux chez lui et le conduit à l'église. Agenouillé près d'un drap mortuaire, le malade, vraiment digne de compassion entend la messe dans cette posture. La messe finie, le prêtre accompagne le lépreux jusqu'au lieu de sa demeure et lui fait alors les *défenses*, comme suit :

« Je vous défends de jamais entrer dans les églises, au marché, au moulin, au four et dans les réunions d'hommes.

« Je vous défends de jamais laver vos mains ni même les objets à votre usage dans les fontaines ou les ruisseaux quelconques. Si vous voulez boire, puisiez l'eau avec votre baril ou avec un autre vase.

« Je vous défends d'aller désormais sans votre habit de lépreux, pour que vous soyez reconnu parmi les gens sains, et ne sortez pas de votre maison les pieds nus.

« Je vous défends de toucher un objet que vous voudriez acheter en quelque lieu, autrement qu'avec une baguette ou un bâton : montrez ce que vous voulez.

« Je vous défends d'entrer dans les tavernes ou maisons; si vous achetez ou qu'on vous donne une chose, faites la mettre dans votre baril.

« Je vous recommande si vous allez par les chemins et si quelqu'un vous parle ; qu'avant de répondre vous vous mettiez hors du chemin et sous le vent de peur

de faire du mal. Jamais, ne marchez dans un sentier, pour ne pas rencontrer quelqu'un face à face.

« S'il y a nécessité pour vous de marcher par un passage privé, par les champs ou ailleurs, je vous ordonne de ne pas toucher les plantes, ni les outils des gens au milieu desquels vous passez avant d'avoir mis vos gants.

« Je vous défends de toucher les enfants et les jeunes gens et de leur rien donner de ce qui vous appartient.

« Je vous ordonne de ne jamais manger et boire avec autres que lépreux.

« Sachez que quand vous mourrez, vous serez inhumé dans votre maison, à moins que vous n'ayez par avance obtenu d'être inhumé dans l'église.

« A noter qu'avant que le lépreux entre dans sa maison, il doit avoir une tunique et des chausses de gris, des souliers convenables pour lui, c'est-à-dire simples, son signal, c'est-à-dire une cliquette, un capuchon et une houze, deux draps, un baril, un entonnoir, une courroie, un couteau et une écuelle.

« Sa maison doit être petite et avoir un puits, un lit garni de draps et d'un oreiller, une huche, une table, une chaise, un chandelier, une pelle, un pot et autres objets nécessaires.

« A noter que les enfants des lépreux ne sont pas baptisés aux fonts, mais sur un vase quelconque et que l'eau qui a servi au baptême, est jetée en un lieu secret, pour qu'elle ne soit pas foulée aux pieds.

« A noter aussi que le lépreux sur son lit de mort

peut recevoir du prêtre la communion en viatique et l'extrême onction s'il le désire. »

Ainsi nous venons de le voir, le lépreux est reconnu tel après une sorte de consultation tenue entre gens compétents. Suit alors pour l'exécution de la sentence, une cérémonie religieuse accompagnée des *défenses* ci-dessus exposées. Quel local va désormais habiter le malade que l'on isole ainsi ?

Nous savons, au dire de quelques historiens, que dans certaines contrées, l'on construisait pour les lépreux de vastes hôpitaux que dotaient les rois et les seigneurs. Les léproseries appelées *ladreries*, *mala-dreries*, *caquineries*, *méselleries*, des noms donnés aux lépreux *ladres* (non vulgaire de Lazare) : *malars*, *caquins*, *caqueux* ou *kakous*, *méseaulx* ou *méselleux*, se dénommaient également *Lazaron* et *Magdeleine* en souvenir du patronage donné par l'église à ces diverses institutions. Elles avaient la plupart du temps une administration laïque et la règle générale était que les lépreux vivaient séparés « des gens sains, » mais réunis entre eux.

Cette coutume répandue en France, n'existait pas en Bretagne. Au lieu de réunir dans un seul édifice, tous les ladres ou lépreux d'une paroisse, les procureurs de la fabrique à qui incombait ce soin d'après les règlements, mettaient à la disposition de chaque lépreux une petite habitation, qu'ils faisaient construire ou seulement réparer, s'il s'en trouvait de vacantes. L'ensemble de ces chaumières, établies à quelque distance des lieux habités, formait des villages de lépreux

dont les gens sains se gardaient d'approcher : cette agglomération portait quand même quelquefois le nom de léproserie.

Avec la maisonnette la paroisse était tenue de fournir d'autres objets nécessaires (*alia necessaria*) et au moyen des indications de divers rituels, on peut reconstituer la liste complète des objets fournis au lépreux isolé :

Une houze de camelin (espèce de toge assez large pour servir de couverture de nuit — deux vêtements de gris, chausses — capuchon, chaperon de camelin (étoffe de poils de chèvre mélangée de soie et de laine), souliers convenant à un lépreux, c'est-à-dire simples, gants. Les indications du mobilier ont été données ci-dessus.

CHAPITRE II

Condition de vie du lépreux.

Un point essentiel est acquis : le lépreux est séparé ou pour employer un terme plus scientifique est isolé, c'est-à-dire, mis dans un état qui l'empêche de contaminer des individus sains. Isolement, ne veut pas dire, en effet, que le malade sera mis à part et demeurera seul ; il vit au contraire en compagnie de gens lépreux comme lui, et auxquels il ne peut nuire en aucune façon. La condition du lépreux comprise autrement, serait devenue intolérable et des tortures morales semblables à celles qui peuvent atteindre un condamné à la réclusion, seraient rapidement venues à bout de l'existence de ces malheureux.

a) *Mariage des lépreux*. — A un certain moment de notre histoire, nous constatons que, dans un mariage, si l'un des époux est contaminé, l'autre peut l'abandonner à son triste sort. Au XII^e siècle, l'église de Dol admettait que l'isolement de l'époux devenu lépreux, rendait la liberté à l'autre conjoint. A rapprocher ici

le sens d'une vieille *zôn* (lai) bretonne rapportée dans le Barzaz-Breiz, dont les deux vers suivants sont si caractéristiques :

N'em euz ker mui ac'hanoc'h'
Eur c'hakous a ouzoun-me oc'h. (1)

Les Décrétales de saint Grégoire « permettent aux lépreux de se marier s'ils trouvent une femme qui consente à partager leur sort. Cependant à la fin du XII^e siècle, un rescrit du pape Alexandre II maintient le mariage des lépreux et « insiste sur l'obligation pour l'époux non lépreux de ne pas délaisser son conjoint malheureux. » Et les enfants qui naîtront de ces unions seront soumis aux mêmes exigences que leurs parents. La prophylaxie est donc assurée.

b) *Les lépreux et l'exercice de leur religion.* — Au XV^e siècle, malgré toutes les fondations de léproseries faites en Bretagne, le nombre en est insuffisant et « les ladres étaient abandonnés dans les champs et sur les fumiers ». Albert Le Grand, dans la *Vie des saints de Bretagne*, nous montre Françoise d'Amboise les recueillant alors et leur faisant « construire des loges et des cabanes ».

Voici d'ailleurs le résumé d'un statut de l'évêque de Tréguier en 1436 qui nous donne leur situation au

(1) Je ne veux plus de vous.
Vous êtes lépreux, je le sais bien.

point de vue religieux : il leur permet l'entrée de l'église ; mais ils devront se tenir à l'écart des gens sains ; ils resteront au bas de l'église sous le clocher et à l'entrée. Ils iront à l'offrande, baisseront les reliques et la paix, mais après tous les autres ; ils ne prendront pas dans la corbeille le morceau de pain béni : il leur sera mis dans la main.

c) *Situation juridique et économique des lépreux.* — Les caquinerie sont rattachées tantôt à l'administration municipale, tantôt au *réel* (biens meubles et immeubles) comme au *personnel* (lois civiles et pénales) à la juridiction épiscopale. Voici la situation des caquins de Saint-Brieuc qui nous est la mieux connue :

« Ils ne devaient rien à personne qu'à l'évêque, auquel
« ils payaient seulement une taille de vingt livres
« (environ 66 fr. de notre monnaie) portant solidaire-
« ment sur chacun des feux (des maisons ou ménages).
« On peut supposer que chaque feu payait environ
« 6 fr. 50 ; et pour cette redevance minime le caquin
« avait requis un droit de jouissance transmissible à
« ses héritiers, s'ils étaient lépreux, droit qu'il pouvait
« « aliéner et transporter » mais seulement à un
« lépreux (1). »

C'était une manière de maintenir la prophylaxie. Au XIII^e siècle, le Concile de Latran parle de bestiaux appartenant à des lépreux et on peut supposer que dès cette époque, les caquins avaient la jouissance de terres et de pâturages.

(1) Trévédv : *Séparation des lépreux.*

En Bretagne, on trouve des ordonnances des ducs relatives à ces malheureux, règlements qui d'ailleurs se contredisent souvent.

Les ducs avaient, en effet, le devoir d'empêcher la propagation de la maladie et par ce fait d'interdire aux lépreux certains commerces tout en assurant leur existence dans leurs villages. Aussi voyons-nous le 12 février 1425 le duc Jean V interdire « aux méseaux la marchandise » et « ordonner à ses juges de les séparer ». Cependant, le 16 avril 1447, c'est le duc François I^{er} qui permet aux caqueux « de prendre terre à louage dans l'évêché de Vannes comme ailleurs ». Une ordonnance de Pierre II sur la perception des fouages le 18 décembre 1456, nous renseigne sur les métiers que pratiquaient les lépreux isolés. Il leur fallait nécessairement des métiers sédentaires et il est probable qu'un règlement général leur impose celui de cordier, puisque cette industrie est répandue dans tout le Duché.

Mais devant l'inclémence du temps ou la rigueur des saisons, le caqueux dans l'impossibilité de travailler au dehors à la confection de ses cordes se retire dans sa maisonnette et s'adonne à la fabrication de « boisseaux de bois » et « autres ouvrages qu'ils font en leurs maisons. » Or, depuis la fin du xv^e siècle (1), plusieurs caquinerie firent concurremment le cordage et la baratte (2).

(1) *Les Caquins devant le sénéchal de Cornouailles*, 1884, Trévédry.

(2) Ustensile servant à battre le beurre ; en breton, baraz.

Ces deux industries deviennent ainsi la propriété de caquins et à l'horreur de la maladie, s'attache celle du métier ; si bien qu'aujourd'hui, le mot *cacous* s'emploie injurieusement dans le sens de cordier. Cependant, nous ne savons jusqu'à quel point, on peut supposer que le terme de caqueux équivaut à celui de lépreux, et nous verrons, dans le chapitre suivant, une interprétation nouvelle de ce terme de kakous, expliquant alors la transmission jusqu'à nos jours du sens de mépris attaché à ce mot, tandis que le souvenir des léproseries était depuis longtemps disparu.

En résumé, ce chapitre nous apprend les métiers exercés par les lépreux ; ils s'adonnent à la fabrication des cordes et des ustensiles en bois ; ils possèdent des terres sur lesquelles ils nourrissent des bestiaux ; si on leur tolère le commerce de ces choses, c'est que cette bienveillance répond à une atténuation ou à un commencement de disparition de la lèpre, car la prophylaxie sévèrement appliquée a porté ses fruits.



CHAPITRE III

Disparition de la lèpre

Grâce à ces soins d'hygiène et aux précautions prises par les villes et les paroisses rurales, la lèpre diminua rapidement en Bretagne comme dans le reste de la France. L'autorisation donnée aux caqueux de voyager dans le duché, même avec « une pièce de drap rouge sur leur robe » pour être reconnus de tous, peut faire présumer une décroissance, sinon une atténuation de la lèpre. Au xvi^e siècle, en effet, elle tend à disparaître. Toutefois il y a encore des lépreux en Bretagne. A Rennes, il en reste un à la Magdeleine en 1536 ; — à la même époque, il y en a plusieurs à Saint-Ladre de Nantes ; mais en 1569 la léproserie est vide. Cependant le 8 janvier 1605, une ordonnance de l'abbaye de Sainte-Croix, de Quimperlé fait défenses : « à tous les lépreux et meseaux d'entrer parmi les gens sains » et leur enjoint de porter la *marque* « afin qu'ils soient connus et pour la marque porteront quatre doibtz de large en couleur rouge au costé dextre et de l'autre

costé un bleu de mesme largeur et en tous cas en croix au dict costé dextre (1). » Mais c'était là l'exception et la lèpre ayant cessé au xvii^e siècle, les revenus des maladreries devinrent à peu près sans emploi et un arrêté royal du 24 août 1693 transforme les léproseries, Maisons-Dieu, etc... en établissements généraux hospitaliers.

Nous avons noté précédemment que le terme de cacous, avait pu signifier autre chose que lépreux, et nous allons voir en effet qu'on l'appliquait avec un sens injurieux à des gens complètement indemnes de la maladie.

Pour M. Le Men (*Bulletin archéologique du Finistère*) caqueux et lépreux étaient deux individualités différentes au point de vue de la constitution physique. Ce dernier était un malade véritable, tandis que l'autre n'était qu'un misérable assimilé à un lépreux en raison du milieu de saleté où il avait coutume de vivre.

« Les léproseries ou maladreries ne donnaient pas seulement asile aux lépreux. Vers l'époque de Charlemagne, de nombreuses familles espagnoles ou peut-être sarrazines et mêlées aux Alains par suite d'événements qui ne sont pas connus, émigrèrent en France et se répandirent sur tout le littoral ouest de cette contrée, depuis les Pyrénées jusqu'en Bretagne. Le peuple prenant ces malheureux pour une colonie de Goths les désigna par le terme injurieux de ca-goths (chiens de Goths). Ce surnom s'altéra suivant les

(1) Le Men : *Bulletin archéologique du Finistère*.

provinces où se fixèrent les émigrants : ainsi tandis que dans les Pyrénées on les appelait cagots ; on les appela *kakous* en breton, et en français caqueux ou caqueux.

Cette race misérable ne put sortir de l'injuste oppression à laquelle elle fut d'abord réduite, et le préjugé populaire ne tarda pas à confondre avec les lépreux, ceux qui en faisaient partie et à leur imposer les dures conditions de ces derniers. En Bretagne, les évêques non moins prévenus que le peuple contre les caqueux, leur ordonnèrent de se tenir au bas des églises, ne leur permettant de baiser la *Paix* qu'après tous les autres.

Ces caqueux fournissaient gratuitement les cordes pour les exécutions des criminels, et moyennant cette redevance, ils ne payaient aucun droit pour les marchandises qu'ils exposaient en vente les jours de foire et de marché. Près de trois siècles se sont écoulés depuis la disparition des maladreries ; mais si dans d'autres provinces, ce préjugé qui condamnait au mépris cette race maudite a cessé d'exister, il n'en est pas de même en Bretagne, et pendant longtemps les cordiers furent des cacous aux yeux des gens de la campagne.

Dans certaines familles affligées de la lèpre, cette maladie se transmettait comme un patrimoine inséparable. Une race misérable a-t-elle végété à côté de ces familles, subissant le même traitement, malgré une absence complète de la fatale affection et quand même désignée depuis sous le nom de cacous ? Nous ne sau-

rions le nier. Quoiqu'il en soit, on peut être certain par ce que nous avons vu plus haut, de la justesse du mot cacous appliquée à des individus lépreux.

D'autre part, on fut dans l'impossibilité d'appliquer le décret de 1692, transformant les léproseries en hôpitaux ordinaires, à ces caquinerie que nous avons décrites.

Les agglomérations de maisonnettes primitivement affectées à des lépreux, n'abritèrent plus bientôt que leurs descendants, bien qu'ils fussent indemnes de la diathèse. Le caquin avait en effet le droit de transmettre son immeuble à ses héritiers ou à d'autres caquins. Les fils qui y étaient nés s'y trouvèrent bien, leurs familles s'y perpétuèrent, et ce n'est cependant qu'à la fin du xvii^e siècle qu'ils obtinrent le droit commun (1).

La cruelle contagion a laissé en Bretagne de nombreux vestiges ; ces traces s'observent de nos jours dans les noms des lieux qui se trouvent dans le voisinage immédiat des villes. Ici c'est la Magdeleine, là c'est la Santé ; dans tel autre endroit, c'est un « Ti-ar-c'hakous », dans tel autre c'est un lazaret. Parfois même, c'est le nom de *Minic'hi* dont l'étymologie primitive signifie *demeure de moines*, et a pris par la suite l'acception d'asile, pour ne s'attacher souvent qu'à l'agglomération maudite où se réfugiaient les victimes du terrible fléau.

Ce ne sont plus là que lointains souvenirs ; à l'heure

(1) Note de M. Trévédv : *Les caquins de Bretagne*.

actuelle en Bretagne, il n'est plus mention de la lèpre. Celle-ci fut même rayée dès le xvii^e siècle de la liste des maladies officiellement reconnues. N'aurait-elle pu néanmoins se maintenir obscurément depuis, et dans certains cas isolés, donner des preuves de sa survivance !

L'étude de cette question fera l'objet de cette seconde partie



DEUXIÈME PARTIE

LA LÈPRE ET LA MALADIE DE MORVAN

Ce que nous nous sommes proposé dans l'introduction, c'est d'examiner si les malades présentant le *syndrome de Morvan*, doivent faire retour à la lèpre, ou bien s'ils légitiment leur appellation. Jusqu'à cette époque, la majorité des cas de ce syndrome a été examinée en Bretagne et principalement dans la région qui s'étend à l'est de Brest sur le littoral et va jusque dans les environs de Saint-Brieuc. Disposant de quelques observations nouvelles, recueillies l'une aux environs de Lesneven (nord du Finistère), une seconde aux portes de Quimper, et une troisième à Bain-de-Bretagne en Ille-et-Vilaine, nous avons pensé qu'il n'était pas inutile de les joindre aux matériaux accumulés par nos devanciers, d'autant plus qu'elles servaient d'appoint au sujet que nous nous proposons de traiter.

Dans cette deuxième partie, nous donnerons d'abord un exposé aussi succinct que possible de la symptomatologie générale du syndrome de Morvan, puis nous montrerons comment il peut se différencier de la syringomyélie et de la lèpre nerveuse. Un groupement de faits présentés d'une manière des plus intéressantes par M. Jeanselme le 30 juillet 1897, dans les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, viendront contribuer par leurs contrastes, à mettre en lumière les caractères distinctifs qui séparent ces deux maladies. De ces différents examens nous essayerons de tirer les conclusions qu'ils comportent.

CHAPITRE PREMIER

Symptomatologie du syndrome de Morvan.

Le syndrome de Morvan peut être défini : un tableau symptomatique de troubles sensitifs, moteurs et trophiques dont les traits les plus saillants sont l'analgésie, la parésie et les panaris.

Le début de l'affection est le plus ordinairement insidieux, et le médecin n'est appelé à reconnaître l'existence de cette affection que lorsque survient un des accidents les plus importants : le panaris (comme dans notre observation II). Le panaris a des tendances à se répéter et à s'accompagner de la perte des phalanges qu'il frappe. En même temps, on constate de l'anesthésie et de l'analgésie sur la main atteinte. Après avoir porté tout d'abord sur l'un des membres supérieurs, les accidents envahissent ensuite au bout d'un temps plus ou moins long le côté opposé ; parfois même les membres inférieurs sont frappés à leur tour.

Telle est dans ses principaux traits, la description

sommaire d'un cas complet. Nous allons examiner d'un peu plus près les symptômes divers qui interviennent dans la constitution du type clinique de Morvan.

Douleurs initiales. — Le début est souvent annoncé par des phénomènes douloureux dans le membre qui sera primitivement atteint (observation I) ou bien ce sont des phénomènes fébriles accompagnés de courbatures (observation III).

Troubles moteurs. — La paréso-analgésie représente dans le tableau morbide l'un des éléments fondamentaux établis par Morvan dans ses premières descriptions.

L'affaiblissement de la motilité est d'abord léger ; puis cette faiblesse augmente d'intensité et s'étend à l'avant-bras et au bras. Enfin elle s'accompagne d'une atrophie musculaire plus ou moins variable, localisée souvent aux éminences thénar et hypothénar comme chez Beil... et frappant les interosseux et les muscles de l'avant-bras et du bras chez Anne Let... Il est assez rare que la parésie atteigne le membre inférieur (observation I).

On note souvent un affaiblissement aux excitations électriques dans les muscles atrophiés (observation III).

L'état des reflexes tendineux est variable ; tantôt normal ou au contraire aboli ou exagéré.

Troubles sensitifs. — Ils ne se superposent pas

exactement aux troubles moteurs. Le plus ordinairement leur étendue est supérieure à celle de la parésie. Dans certains cas, ils atteignent la face et le tronc (observation I).

Des troubles peuvent frapper la sensibilité dans tous ses modes : sensibilité au tact, à la douleur, à la température. Mais ils consistent surtout dans l'analgésie ; cette analgésie est d'un caractère assez particulier ; tantôt objective, tantôt subjective ; tel panaris qui aura paru avec accompagnement de douleurs vives, sera ouvert au bistouri d'une manière indolore (analgésie objective). Tel autre apparaîtra comme un vulgaire panaris avec gonflement, rougeur, fluctuations, mais sans douleur spontanée (analgésie subjective).

Cette analgésie s'accompagne ordinairement de thermo-anesthésie. Souvent les malades se font aux mains de fortes brûlures sans ressentir aucune douleur. Beil, (observation) se fait une forte entaille à la main sans s'en apercevoir.

Enfin la sensibilité au contact est le plus souvent atteinte. Elle occupe en général le même territoire que l'analgésie et elle est d'autant plus accentuée qu'on s'approche de l'extrémité du membre. Elle n'est complète qu'à la face palmaire de toute la main et sur le dos des dernières phalanges. Et Morvan, en un travail de 1889 sur l'anesthésie (1) dans la paréso-analgésie nous offre des compléments d'observations montrant la fréquence de la perte de la sensibilité au contact.

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1889.

Dans ces cas assez rares, ces troubles correspondent au type de la dissociation syringomyélique (observation III).

Troubles trophiques et vaso-moteurs. — D'abord le panaris. Il prend au début toutes les allures d'un panaris banal ; les premiers panaris sont habituellement douloureux ; d'autres fois dès la première atteinte le panaris est indolent.

Un fait presque constant ; c'est la gravité des désordres que produisent ces panaris ; il y a très rapidement nécrose des os et élimination. Il en résulte de l'arthrite aboutissant à l'ankylose des doigts. Ces dactylites laissent à leur suite des mutilations et des déformations caractéristiques.

Très fréquemment, il se développe au niveau des plis naturels de la main, des gerçures profondes, des crevasses. L'épiderme durcit, s'épaissit et se couvre parfois de phlyctènes et de bulles (observation III).

Les ongles tombent comme celui de l'auriculaire droit dans l'observation I et repoussent mal ; ils se fendillent et deviennent rugueux et cassants. Souvent à l'extrémité d'un doigt tronqué, on distingue seulement un ongle rudimentaire qui forme une petite corne que les photographies montreraient si elles étaient plus nettes.

En hiver les malades ont facilement des engelures ; quelquefois des malades signalent aussi une sudation exagérée. L'observation I présente du côté analgésié de la face, des phénomènes de vaso-dilatation, sous

l'influence de l'irritation produite par le rasoir. Le squelette a aussi un certain nombre de troubles trophiques ; fracture de l'avant-bras chez Ab... Les arthropathies sont rares.

En revanche la colonne vertébrale est souvent atteinte. La scoliose a été constatée par Morvan chez la moitié de ses malades ; elle est d'ordinaire postérieure aux premiers accidents de la maladie.

Marche. — La marche est très lente. Le syndrome procède par étapes successives ; les accidents débutent à peu près indifféremment par l'une ou l'autre main ; puis ils gagnent celle du côté opposé au bout d'un temps variable.

Ordinairement l'évolution du mal se poursuit localement sans donner lieu à des altérations de l'état général. Malgré sa lenteur, la marche est progressive et il est rare qu'il se produise une régression dans les symptômes.

CHAPITRE II

Diagnostic du syndrome avec la syringomyélie et la lèpre.

Le diagnostic, comme l'a indiqué M. Morvan ne présente pas en général de difficultés. La réunion des trois symptômes *parésie, analgésie, panaris*, est assez caractéristique pour empêcher la confusion. Mais certaines affections (nous ne nous occuperons ici que de la syringomyélie et la lèpre) peuvent présenter aussi de leur côté, ces phénomènes qui le rappellent de près ou de loin.

Occupons-nous d'abord de la syringomyélie, après avoir fait remarquer que dans ce travail nous laisserons de côté l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces affections qui, pour traiter notre sujet n'ont qu'un intérêt secondaire. Pour cela, il nous suffira de présenter, après le professeur Raymond (1), un malade qui est un type classique de syringomyélie :

(1) *Journal de médecine interne*, 15 fév. 1904, p. 54.

« En examinant les membres supérieurs, on re-
« marque que la main dans son ensemble est amaigrie,
« le pouce étendu, écarté en dehors, l'index étendu
« avec légère flexion des première et deuxième pha-
« lange ; quant aux trois derniers doigts, il y a
« extension forcée d'une phalange, flexion forcée
« des deux autres.

« La main est renversée en arrière.

« Impossibilité d'écarter les doigts, d'opposer le
« pouce ; conservation des mouvements d'abduction
« et d'adduction de la main.

« Cette parésie se double d'une atrophie musculaire
« prononcée. C'est presque la main de singe.

« Les muscles des avant-bras sont également très
« atrophiés.

« La colonne vertébrale présente un certain degré
« de cypho-scoliose.

« La peau est épaissie (main succulente) ; il y a des
« troubles vaso-moteurs.

« Les réflexes rotuliens sont forts. Le réflexe de
« Babinski est en extension. Les muscles atrophiés
« font voir une diminution très prononcée de l'excita-
« bilité faradique et galvanique.

« Il y a une zone d'hypoesthésie sur le bord externe du
« bras ; en général la sensibilité tactile est intacte ;
« mais il existe des troubles thermo-anesthésiques dans
« le domaine des 3^e et 4^e cervicales (cou) et des 5^e, 6^e,
« 7^e, 8^e cervicales (bras). La thermo-anesthésie est
« d'autant plus accentuée qu'on se rapproche davan-
« tage des extrémités.

En résumé, les symptômes de la syringomyélie sont : la parésie, l'atrophie musculaire très prononcée, des troubles trophiques des membres se traduisant par de l'épaississement de la peau et des troubles de la sensibilité dont le plus caractéristique est la dissociation de la sensibilité tactile et des sensibilités douloureuses, ou dissociation syringomyélique.

Si nous rappelons que M. Morvan a décrit des formes frustes de son syndrome, nous devons reconnaître que certaines syringomyélies peuvent emprunter le tableau symptomatique de la maladie de Morvan. Voici d'ailleurs comment peut se faire la différenciation clinique :

Ce qu'ont de commun la paréso-analgésie et la syringomyélie c'est la lenteur remarquable de leur évolution et la localisation particulière de leurs effets aux membres supérieurs ; puis la présence de troubles trophiques, tels que gerçures de la peau, arthropathies, scolioses et des troubles de la sensibilité (analgésie) et de la motricité (affaiblissement de la motilité et de l'atrophie musculaire).

Mais voici des signes différentiels assez nets. Le panaris est de règle dans la maladie de Morvan dont il constitue un des signes fondamentaux, tandis que dans la syringomyélie c'est un accident peu fréquent, toutefois, sur dix cas, Roth l'a rencontré trois fois. La scoliose est plus commune dans la paréso-analgésie (6 cas sur 12. Morvan).

Les troubles moteurs sont plus accentués dans la syringomyélie ; l'atrophie musculaire y atteint un plus haut degré ; elle revêt avec plus de netteté le type

Aran-Duchesne cas très rare dans la paréso-analgésie. Un dernier signe est tiré de l'état de la sensibilité.

Dans la syringomyélie il existe une dissociation remarquable de l'anesthésie consistant dans la présence d'une analgésie avec thermo-anesthésie et dans la conservation de la sensibilité au tact. Cependant cette sensibilité tactile peut aussi être diminuée. M. Morvan qui dans ses premières observations n'avait pas exploré la sensibilité de ses malades en vue de rechercher particulièrement si la dissociation propre à la syringomyélie existait chez eux, reprit en 1889 cette étude avec un soin minutieux (1).

Des malades chez lesquels il avait noté au début l'analgésie et la thermo-anesthésie avec conservation de la sensibilité au tact avaient perdu quelques années après cette sensibilité tactile.

D'autre part voici en dernier ressort, les conclusions auxquelles aboutit M. Jeanselme : « Dans la syringomyélie, type Morvan, les panaris resteraient souvent
« cantonnés aux extrémités supérieures, parfois même
« à une seule main. L'anesthésie prend la forme ves-
« timentaire au tronc et segmentaire au membre,
« sinon dès le début, du moins à une période peu
« avancée, par suite de la juxtaposition et de la fusion
« en une nappe uniforme des rubans d'anesthésie con-
« tigus ; la paralysie faciale est rare et d'origine cen-

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1889, pp. 560 et 575. L'anesthésie sous ses divers modes dans la paréso-analgésie.

« trale ; les nerfs cubitiaux sont normaux, ou du moins
« peu amplifiés et jamais noueux ; la trépidation épi-
« leptoïde est commune et la scoliose est fréquente. »

En somme, dans la paréso-analgésie les trois formes de la sensibilité sont le plus souvent atteintes à la fois sans subir la dissociation caractéristique de la syringomyélie.

Le type décrit par Morvan est donc abstrait cliniquement de celui de la syringomyélie,

Examinons comment ce syndrome se comporte vis-à-vis de la lèpre.

Principaux symptômes de la lèpre nerveuse ou lèpre anesthésique (1).

Lèpre systématisée, nerveuse ou tropho-névrotique, presque toujours précédée d'exanthème, en général maculeux ou de pemphigus.

Les deux éléments essentiels de la forme anesthésique sont, l'éruption tégumentaire de macules ou de bulles, et la névrite lépreuse.

I. — Les macules occupent quelquefois le tronc, mais les placards sont symétriques. Les taches pigmen-

(1) Debove et Hachard : *Traité de médecine*, t. III, art. lèpre : Jeanselme.

taires peuvent survenir d'emblée; elles ont souvent l'aspect de taches de rousseur ou de pityriasis quelquefois on a affaire à du vitiligo.

Le pemphigus lépreux occupe le dos des mains et des pieds, les coudes et les genoux. Puis la névrite est déclarée par des douleurs névralgiques, des fourmillements, de l'hyperesthésie et de l'anesthésie.

II. — La névrite lépreuse débute souvent par des frissons et de l'engorgement ganglionnaire.

A) Dans une première phase, c'est de l'hyperesthésie cutanée, douloureuse dans la région des membres avec des paroxysmes pouvant ôter le sommeil au malade. Dès ce moment, on constate des nodosités sur le nerf cubital; l'état des nerfs se traduit par de la sudation.

B) A la phase hyperesthésique succède la phase anesthésique. Les douleurs se calment et la santé semble s'améliorer.

a) L'anesthésie débute au niveau de l'extrémité des membres et remonte graduellement vers la racine. Elle intéresse d'abord le petit doigt, le bord cubital de la main, et dessine, à la partie postéro-inférieure des membres supérieurs, une longue bande qui peut ne pas dépasser le coude ou, au contraire, remonter vers l'aisselle. Au membre inférieur l'anesthésie occupe d'abord le gros orteil et le bord interne du pied. L'anesthésie figure souvent une botte.

b) La répartition des troubles sensitifs est toujours symétrique.

c) Leur intensité remonte graduellement vers la racine du membre.

d) Quand l'anesthésie occupe toute la circonférence d'un membre et qu'elle offre une disposition segmentaire, la transition entre les parties anesthésiées et sensibles n'est pas toujours brusque.

e) L'anesthésie de la face et du tronc est moins fréquente.

f) L'anesthésie des parties profondes du derme est moins marquée que celle des parties superficielles.

g) Rarement toutes les modalités de la sensibilité sont simultanément abolies ; l'anesthésie dissociée est la plus fréquente, mais elle est souvent imparfaite.

h) Erreurs nombreuses de localisation des sensations.

i) A la longue, l'anesthésie devient absolue.

j) L'atrophie musculaire marche parallèlement à l'anesthésie ; elle est proportionnelle au degré de l'amyotrophie. Celle-ci débute par les éminences thénar et hypothénar, puis vient la déformation en griffe par extension aux interosseux et autres muscles de l'avant-bras. Déformation analogue aux membres inférieurs. Le pied est ballant (steppage). A la face, amyotrophie de certains muscles superficiels, d'où aspect grimaçant du visage, inocclusion palpébrale, épiphora consécutif.

k) Réflexe rotulien normal, exagéré ou aboli.

l) Troubles trophiques. Chute des sourcils et de la barbe. Altération des ongles, crevasses, gangrène, panaris, mal perforant.

m) A la période cachectique, le malade se plaint de froid. Diarrhée, marasme et mort.

En résumé, les stigmates permanents sont la thermo-anesthésie ; mais moins complète que dans la syringomyélie. L'anesthésie, disposée en îlots au niveau des taches hyperchromiques ou achromiques, ou répartie symétriquement et en ruban, aux extrémités des membres. Gonflement et état moniliforme des nerfs accessibles à la palpation et surtout des nerfs cubitiaux. Chute des sourcils. Les cicatrices superficielles, lisses et gaufrées que les tubercules et les pemphigus laissent après eux au niveau des coudes et des genoux. Les troubles vaso-moteurs, les asphyxies locales sont des signes de valeur. Certains troubles trophiques : crevasses, ulcérations, vitiligo, érythème polymorphe, etc., imitent les engelures simples, le vitiligo vrai et les autres affections essentielles.

Néanmoins, voici des caractères absents de la lèpre anesthésique : Les contractures, la scoliose, les arthropathies et la trépidation épileptoïde.

Mais si telle est la lèpre anesthésique dans sa forme générale, il y a des formes frustes qui sont loin de ressembler à ce tableau.

Et les observations recueillies par M. Jeanselme, principalement la seconde, et présentées à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris* en sont un éclatant témoignage.

Grâce à elles, en effet, nous allons examiner dans quelle mesure le syndrome de Morvan et la lèpre offrent des ressemblances ; elles nous permettront également de suivre les conclusions du savant léprologue

La première observation que nous résumons expose des symptômes significatifs permettant d'affirmer le diagnostic de lèpre.

OBSERVATION I

Holt... Jean, 53 ans, a été pendant 25 ans, chauffeur à bord d'un vapeur dans l'Extrême-Orient.

5 ans après son retour en France, cet homme eut une crise de douleurs atroces empêchant tout sommeil et localisées au membre supérieur gauche. En même temps il y avait un gonflement notable du membre. Douleurs et gonflement disparurent trois semaines après ; puis les doigts prirent l'attitude de la griffe cubitale.

Six mois plus tard, ce fut le tour du membre supérieur droit d'offrir des douleurs et du gonflement.

A ce moment, M. Jeanselme lui trouve seulement de l'anesthésie tactile et thermique, sur le dos des mains et des avant-bras.

Son état en 1897 :

Main droite. — Atrophie complète des éminences thénar et

(1) Séance du 30 juillet 1897.

hypothénar. Les premières phalanges sont en extension et mobiles, les secondes phalanges sont fléchies à angle droit sur les premières et peu mobiles. Les phalangettes ont disparu par résorption. Le doigt très raccourci est coiffé d'un ongle strié en long. Au pouce, déformation analogue.

Main gauche. — Comme à droite, les éminences thénar et hypothénar ont disparu. Les premières phalanges des deux derniers doigts sont en extension et en mobilité complète, flexion à angle droit et pseudo-ankylose des phalanges ; phalangettes en flexion, ongles bas et altérés.

Le médius renflé recouvert d'une peau rose lisse et scléreuse a été amputé dans la continuité de la phalangine.

L'index réduit à l'état de moignon est coiffé d'une peau scléreuse. Il a été également amputé dans la continuité de la phalangine, malgré l'absence de l'anesthésie la douleur fut très supportable.

Au pouce, la première phalange est en extension naturelle et mobile. La seconde est immobilisée à angle droit sur la première et diminuée de hauteur par résorption. La peau des doigts est indurée et adhérente au squelette ; un peu d'amyotrophie des muscles épitrochléens.

Le premier interosseux de chaque main est absent.

Pied droit. — Orteils englobés dans une gangue scléreuse qui engaine aussi le pied jusqu'au dessus des chevilles. A noter un état ichthyosiforme de la peau des extrémités inférieures, et une coloration brune répandue sur le dos des deux pieds et le bas des jambes.

Au dessus du gros orteil un mal perforant.

Pied gauche. — Pachydermé en forme de bottine, les trois derniers orteils paraissent diminués de longueur par résorption osseuse. Quant aux deux premiers orteils, ils ont été mutilés par des panaris, un mal perforant plantaire est situé sous le talon antérieur.

Ganglions peu indurés et indolents dans les deux aines.

La plante des pieds est le siège d'une hyperesthésie profonde ; d'où gêne considérable pour la marche.

Réflexe patellaire est aboli à droite.

Le nez n'est pas déformé, rhinite légère sans bacille de Hansen.

Un peu d'épiphora et d'éversion de la paupière inférieure gauche par suite de l'insuffisance de l'orbiculaire.

Les rides du côté gauche du front sont moins marquées.

L'ouïe est dure, mais le malade a été chaudronnier.

Les cheveux et la barbe sont conservés.

Eruption maculeuse : les deux membres inférieurs depuis les pieds jusqu'à leur racine sont enveloppés d'un maillot érythémateux rose éteint. La limite supérieure est soulignée d'un liséré d'envahissement de nuance plus accusée.

Des îlots maculeux sont disposés symétriquement sur les régions mammaires.

Troubles sensitifs. — Le nerf cubital droit est gros et fusiforme dans les 6 à 8 centimètres situés au dessus de la gouttière rétro-olécranienne.

L'anesthésie extrêmement prononcée aux mains et aux pieds diminue graduellement.

Tronc et face sensibles.

Pas de scoliose. Les testicules sont sains.

OBSERVATION II

Lèpre mutilante contractée au Mexique, 9 panaris de Morvan, nerf cubital nouveau.

Moy..., âgé de 56 ans, a fait campagne en Algérie et au Mexique. En 1870, premier panaris très douloureux au quatrième orteil droit.

Il y a 19 ou 20 ans, durillon forcé sur le bord cubital de la main droite suivi d'un phlegmon très douloureux. Incision douloureuse. Peu de temps après premier panaris ; le dernier, il y a 5 ans.

Panaris au pouce droit à trois reprises.

Panaris au pouce gauche.

Panaris aux index et annulaires de chaque main.

Tous ces panaris étaient accompagnés de douleurs violentes et d'insomnies.

Au deuxième panaris, le malade s'aperçut qu'il avait des troubles de la sensibilité, car il fit l'incision lui même et ne ressentit qu'une douleur insignifiante.

Etat actuel :

Main droite. — Atrophie de l'éminence thénar ; la première phalange du pouce est immobilisée à angle presque droit sur le métacarpien par les rétractions tendineuses ; la phalangette étendue sur la phalange est mobile. La pulpe du pouce est occupée par une cicatrice infundibuliforme adhérente à l'os.

L'index est légèrement fléchi dans ses deux dernières articulations.

Médius et annulaire très fléchis.

L'auriculaire en légère flexion, porte une cicatrice au niveau de la pulpe.

Main gauche. — Moins déformée que la droite. Les éminences thénar et hypothénar sont à peine atrophiées. Pouce hors rang en position normale. La pulpe est occupée par une cicatrice profonde.

Petite cicatrice sur le bord interne de l'index et de l'auriculaire.

Pas d'altérations unguéales.

Rien de particulier du côté de la face.

Le malade n'a jamais eu aucune manifestation éruptive.

Nerf cubital droit volumineux.

Troubles sensitifs — Ils occupent les quatre extrémités.

La thermo-analgésie est beaucoup plus répandue que l'anesthésie tactile. Le territoire de cette dernière au membre supérieur droit a la forme d'un gant qui remonterait jusqu'au coude. A gauche, la sensibilité à partir du poignet est peu modifiée.

Aux membres inférieurs, l'anesthésie est surtout marquée sur le dos des orteils et la plante des pieds. La partie moyenne de la semelle plantaire a gardé en partie la sensibilité. Le domaine de l'anesthésie thermique est beaucoup plus étendu et remonte jusque vers les genoux.

Réflexes patellaires bons ; pas de trépidations épileptoïdes.

Pas de scoliose, rien aux testicules.

Nous le voyons ces deux observations se rapprochent de très près du type de Morvan. Elles ont cependant des signes spécifiques qui permettent d'affirmer qu'elles sont bien de la lèpre véritable.

C'est, d'une part, dans la première, les taches pigmentaires et érythémateuses et la nouure du cubital et dans la seconde la nouure du cubital seulement. Aussi, nous dit M. Jeanselme « le mal de Morvan est un syndrome qui peut être réalisé par la lèpre. Les panaris de cette nature à part leur topographie n'offrent rien de caractéristique. Ils ne diffèrent pas de ceux qui surviennent dans le cours de la syringomyélie ; seuls les symptômes spécifiques rendent le diagnostic sinon facile, du moins possible ». Et de la considération des faits précédents et des cas analogues, il pense qu'on peut tirer la conclusion suivante :

Dans la lèpre mutilante les panaris affectent indifféremment les doigts et les orteils ; l'anesthésie est d'abord rubanée et ne devient segmentaire que dans la suite ; elle est distribuée aux quatre membres et respecte en partie la face et le tronc ; la paralysie faciale est très fréquent et d'origine périphérique ; les nerfs cubitaux sont fusiformes ou noueux ; la scoliose fait constamment défaut ; la trépidation épileptoïde est très rare et quand elle existe elle est seulement à l'état d'ébauche.

Tel est le tableau de la lèpre nerveuse quand elle est le plus atténuée.

Ainsi le syndrome de Morvan conserve-t-il encore

son autonomie, c'est-à-dire qu'il demeure un syndrome clinique caractérisé par la réunion des troubles moteurs sensitifs et trophiques, qui frappent de préférence les extrémités supérieures, ordinairement d'une façon successive et symétrique et dont les phénomènes fondamentaux sont la parésie, l'analgésie, les panaris. Donc lorsqu'une lèpre fruste présentera ces différents symptômes, on l'énoncera *lèpre à type Morvan*.

Mais dans tous les cas de paréso-analgésie observés en Bretagne, il n'y en a pas qui aient apporté avec le syndrome de Morvan, des signes de lèpre. Dans les anciens cas comme dans les plus récents, on ne constate par exemple ni macules, ni taches, ni nodosités cubitales. Des recherches bactériologiques ont été opérées par Jeanselme et aucune n'a donné de résultat positif. Le syndrome de Morvan conserve donc bien ses caractères originaux.

CHAPITRE III

La lèpre en Bretagne à l'époque actuelle.

En 1885 MM. Monod et Reboul présentaient l'observation d'un malade qui se faisait de fréquentes brûlures aux doigts, sans ressentir aucune douleur, qui de plus, voyait apparaître un panaris indolore au médius ainsi que des déformations aux autres doigts. Le diagnostic fut porté « Mal de Morvan ». M. Zambaco Pacha, à son passage à Paris, réunit ses confrères de l'hôpital Saint-Louis, qui furent unanimes à reconnaître dans ce malade un cas de lèpre. La maladie de Morvan en tant qu'entité morbide recevait là une attaque directe.

Après cet important démenti donné au cas diagnostiqué d'abord « Mal de Morvan » et reconnu ensuite un type de lèpre anesthésique, M. Zambaco sûr désormais, que les cas examinés par M. Morvan, n'étaient que l'expression de la lèpre fruste, de lèpre nerveuse, voulut parcourir lui-même le Finistère et y découvrir la lèpre ulcéreuse.

En commençant son voyage par Brest, c'est d'abord

deux lépreux atteints de lèpre mutilante qui s'offrent à son observation. Il se rend ensuite au grand pardon de Rumengol. A bord du bateau qui l'y conduit, il aperçoit, parmi la foule compacte des paysans qui encombrant le pont, plusieurs personnes ayant les mains mutilées. A Rumengol même, il rencontre une lèpre ulcéreuse.

Puis il examine les cas déjà vus par Morvan ; il n'hésite pas alors à les déclarer lépreux ; il agit de même pour les malades vus par le docteur Prouff. A Guimiliau, M. Zambaco Pacha est en présence d'une lèpre ulcéreuse : face balafrée par de nombreuses cicatrices consécutives à la fonte des tubercules dont on en constate encore de nombreux dans l'épaisseur de la peau. Joue gauche : ulcère long de 0^m02 et suppurant ; le lobule du nez est détruit par un ulcère rongeur. On rencontre de nombreux tubercules entre les sourcils, au pavillon et au lobule des oreilles. Des placards pigmentaires et des ulcères alternent sur les bras. Les avant-bras aussi sont couverts d'ulcères. La moitié externe du bras est insensible au contact et à la piqûre. Les cuisses portent cinq ou six ulcères et de larges taches pigmentaires comme des marbrures. M. Zambaco se trouvait, disait-il, en présence d'un lépreux authentique. De là, il allait se permettre de conclure qu'il avait rencontré dans son voyage en Bretagne de la lèpre manifestée sous toutes ses formes.

M. Zambaco était peut-être parti avec un certain enthousiasme, et malgré sa haute compétence en matière de lèpre, on peut admettre qu'il lui est sans doute arrivé ce qui se produit chez des gens qui

s'adonnent à une étude spéciale ; ils finissent par être hypnotisés en quelque sorte et voient partout l'objet de leur constante préoccupation.

Une autre remarque que nous pourrions faire, c'est que M. Zambaco ne nous a pour ainsi dire transmis que le résultat de son opinion et que ses affirmations ne sont pas appuyées par des observations suffisantes.

Toutefois, si l'on peut mettre en doute l'existence de lèpre fruste qu'est pour lui la maladie de Morvan, le malade de Guimiliau, a des symptômes suffisamment caractéristiques pour qu'on puisse y voir un lèpreux réel. N'oublions pas que M. Zambaco expliquait la présence de la lèpre en Bretagne par la persistance de cette lèpre qui avait désolé le moyen âge et qui aurait survécu jusqu'à nos jours.

Un autre auteur qui a tout particulièrement étudié la lèpre, M. Jeanselme, a aussi visité le littoral des Côtes-du-Nord et du Finistère, depuis Morlaix jusqu'à Lesneven. Il y a rencontré fréquemment de la syringomyélie du type Morvan ; mais la lèpre dans la région qu'il a parcourue lui a paru problématique.

D'autre part, le docteur Prouff a signalé l'existence de la lèpre, sur un habitant de Morlaix et sur son neveu. Ce qui plaide en faveur de l'origine exotique, c'est que l'un de ces deux hommes avait fait la campagne de Crimée : or, cette région de la Russie contient un certain nombre de lèpreux.

Mais voici un cas d'une interprétation plus délicate. M. Jeanselme a pu indiquer en 1897 dans le service de M. Tenneson, à l'hôpital Saint-Louis, un cas de

lèpre autochtone indéniable. Le malade était couvert d'une éruption tuberculeuse floride et la recherche du bacille de Hansen avait donné un résultat positif. C'était un breton habitant aux environs de Guingamp (Côtes-du-Nord) et né à Péder nec, localité située à quelques lieues de la mer. Il n'avait jamais navigué. On aurait pu cependant songer à l'importation exotique de cette lèpre, étant donné que tous les petits ports de la côte, arment pour la pêche en Islande et que les navires sont mis en contact avec des habitants de cette île, parmi lesquels les foyers de lèpre exercent leurs ravages. Mais l'enquête faite par M. Jeanselme sur le littoral depuis Saint-Brieuc jusqu'à Paimpol, ne lui a pas permis de vérifier cette hypothèse.

En conséquence, ces faits nous enseignent que si des cas de lèpre vraie, existent en Bretagne, ils sont encore à l'état de trouvaille, tandis que leur situation habituelle sur le littoral permet d'invoquer la possibilité d'une importation étrangère. En tous cas, elle n'a rien à voir avec la syringomyélie de type Morvan qui est commune dans cette région de la Bretagne.

OBSERVATION I (Personnelle)

Recueillie au village de Lancellin, près Lesneven (Finistère)
18 août 1903.

Parésie des membres supérieur et inférieur. — Panaris successifs indolents. Thermanesthésie et analgésie.

Le nommé Ab ... cultivateur, est âgé de 65 ans. Bon état général. Sa femme et ses enfants se portent bien. Rien à signaler chez ses parents.

A l'âge de 24 ans il a vu se développer un gonflement particulier dans la main, l'avant-bras et le bras gauche, accompagné d'une certaine rougeur et d'une impotence fonctionnelle relative. En même temps des douleurs assez violentes se produisaient, réapparaissant de temps à autre. Ces divers phénomènes disparurent d'eux-mêmes ; resta seule la difficulté du mouvement.

Quatre années après, des phénomènes d'incoordination se montrèrent dans le membre inférieur gauche : Ab..., voulait-il porter son pied à droite, il l'envoyait inconsciemment à gauche ; voulait-il descendre de voiture ou soulever la jambe, il éprouvait de la difficulté à accomplir ces actions et une grande fatigue en était la conséquence.

En 1870, à l'auriculaire de la main gauche, un panaris se montra qui fit souffrir notre malade. Puis l'annulaire se gonfla, il se produisit comme une forte engelure à l'extrémité de ce doigt, et la dernière phalange tomba.

Le pouce se prit à son tour. Ce fut d'abord une engelure puis du gonflement et de la rougeur qui s'étendirent bientôt à tout le poignet. Le mal ne s'accompagna d'aucune réaction douloureuse et disparut à la suite d'application d'onguent napolitain belladonné.

Actuellement le pouce est enkylosé et les mouvements d'extension et de flexion sont impossibles. Quelque temps après l'index gauche fut atteint à son extrémité, d'un panaris, lequel se termina par la nécrose de la phalange onguéale. Puis vint le tour du médius de gagner un abcès, sans chute de la dernière phalange.

L'index est repris à son tour et l'amputation du doigt est complète.

Ces phénomènes furent presque toujours indolents.

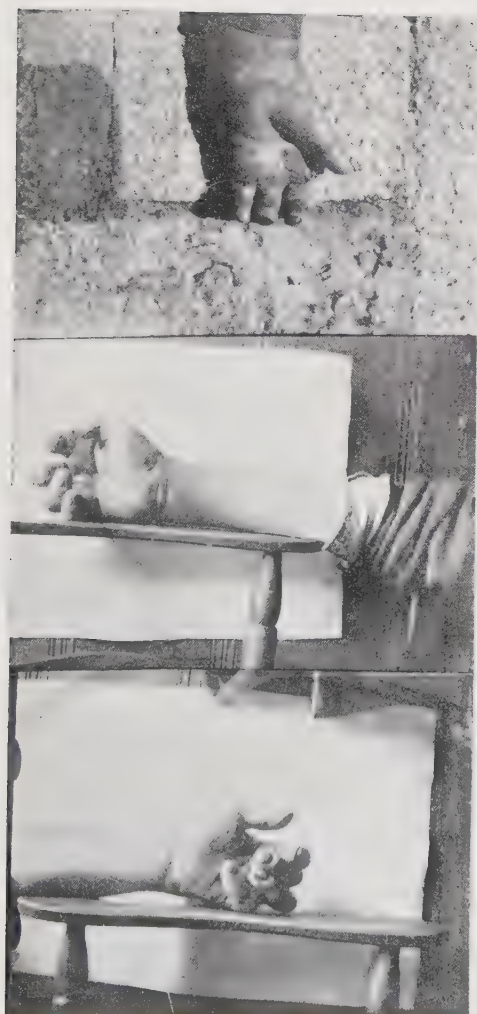
Il y a sept ans, Ab... se fit une fracture de l'avant-bras laissant une impotence plus grande qu'avant cet accident.

Etat actuel :

A) *Main gauche.* — La peau est épaisse, difficile à pincer, crevassée par endroits. Sur le face dorsale du poignet, des poils courts, gros, de couleur fauve. Le poignet et l'avant-bras sont de même grosseur que ceux de droite. En été, la peau s'excorie facilement et des lambeaux se détachent au moindre choc. Ce dernier phénomène est moins fréquent l'hiver, alors que les engelures et les crevasses sont plus nombreuses.

Symptômes fonctionnels. — Parésie très accusée; mouvements de flexion et d'extension très limités, de même ceux de pronation et de supination.

Sensibilité subjective. — Le malade a la main engourdie et



toujours froide en hiver ; il ressent à tout instant le besoin de la réchauffer. Par ailleurs, pas d'élancements ou de douleurs quelconques dans cette main.

Sensibilité objective. — Perte de la sensibilité à la chaleur : en approchant un tison de la main et du poignet du malade, celui-ci n'éprouve aucune sensation douloureuse ; elle apparaît, au contraire, à mesure qu'on remonte vers le niveau du coude, pour devenir complète au dessus.

La sensibilité à la piqure suit la même gradation.

La sensibilité tactile est très diminuée, sans être abolie.

B) *Main droite.* — Peau calleuse, mais beaucoup moins épaisse que celle de la main gauche, les poils sont épais.

Pas de panaris, pas de crevasses. L'ongle de l'auriculaire est tombé seul, sans cause apparente, il y a un mois.

Symptômes fonctionnels. — Flexion de la main sur l'avant-bras facile, flexion des doigts gênée ; d'ailleurs les doigts autres que le pouce sont légèrement fléchis et recouverts d'un épiderme plus épais que celui d'un cultivateur sain : la préhension est possible ; mais absence de délicatesse dans le toucher. La main se fatigue assez facilement.

Sensibilité objective. — La sensibilité à la brûlure et à la piqure est normale.

C) *Membre inférieur gauche.* — La jambe est plus grosse que la droite, la peau en est également plus épaisse. Pas d'œdème. Le pied est plus large que le pied sain ; mais, actuellement, les mouvements normaux sont complètement revenus.

Face — La pommette droite est plus rouge et plus violacée que la gauche; quand le malade se fait raser, la joue droite rougit et prend une couleur presque noire, nous dit-il.

Sensibilité : Diminution de la sensation de piqure sur le côté droit du visage, avec retard de la perception ; sensibilité au froid et à la chaleur très diminuée.

Le malade prétend que dans toute la moitié gauche de son corps la sensibilité tactile et douloureuse est émue.

Le réflexe rotulien est exagéré.

Par ailleurs Ab... jouit d'une très bonne santé et, malgré l'infirmité de ses mains, il se livre comme il peut, aux travaux des champs.

OBSERVATION II (Personnelle).

Recueillie le 6 octobre 1903 en Ergué-armel, grâce aux aimables indications du docteur Chauvel, de Quimper.

Panaris successifs. — Parésie. — Atrophies musculaires. — Analgésie.

Beil..., 35 ans, village de Balanon, cultivateur.

A. H. — Le père est mort; mais n'avait jamais présenté rien d'anormal au point de vue physique. Mère vivante, bien portante.

Une nièce présente une fistule à la région coxo-fémorale.

A. P. — Intelligence au dessous de la moyenne; allure chancelante.

Il n'a jamais eu d'autres maladies que cette affection présente qui a débuté il y a environ huit ans.

Le médius de la main gauche s'est d'abord tuméfié sans douleur.

Ce phénomène coïncida avec la présence de grandes sueurs et de mouvements fébriles. Quelque semaines après, ce doigt s'est immobilisé et les autres doigts, annulaire et auriculaire, l'ont suivi dans cette position.

Il y a trois ans le poignet gauche a grossi et a subi une déformation qui persiste encore.

Etat actuel :

Membre supérieur gauche. — Peau de la main épaisse, rugueuse, couverte de longs poils roux sur le poignet; aux endroits de la flexion des doigts, des bourrelets de peau épaisse et des gerçures. Le pouce et l'index sont en flexion et ont pris progressivement cette position.

Nous notons l'atrophie très nette des interosseux et celle des éminences thénar et hypothénar. Les mouvements actifs d'extension sont impossibles, du moins à partir de la position où ils sont en flexion; les mouvements sont limités entre la flexion complète et la demi-flexion. Les phalanges sont le siège d'ankylose relative qui empêche tout mouvement des articulations digitales, seules les articulations métacarpo-phalangiennes sont mobiles.

Troubles de la sensibilité. — Lenteur et diminution de la perception tactile, consécutive à une blessure de la face interne de la troisième phalange de l'un des doigts. Sur la main, anesthésie partielle, insensibilité à la piqure d'épingle,

absolue aux extrémités du membre et diminuant à mesure que l'on passe la région du carpe. Les sensations reparaissent nettement à l'avant-bras. Thermo-anesthésie évidente : une allumette enflammée promenée sur la main du malade ne lui fait éprouver aucune douleur. La sensibilité à la chaleur revient à mesure qu'on remonte vers le bras.

Il y a peu de temps Beil... s'est fait, à son insu, une forte entaille au petit doigt de la main gauche, et dont on voit encore la cicatrice longue de 1 centim. 1/2.

L'annulaire présente à son pli de flexion une plaie de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Les bords de cette plaie sont formés par une peau épaisse et taillée à pic; le fond a un aspect muqueux laissant suinter un liquide séreux. Cette lésion est due, nous explique le malade, à ce que la prise des instruments aratoires porte à cet endroit et ulcère la peau à ce point.

Membre supérieur droit. — La main droite, plus intéressante, nous présente le vrai type de la mutilation : l'index et le médius manquent en partie. Chacun de ces doigts n'a qu'une phalange, avec, à l'extrémité, un rudiment d'ongle.

Quelque temps, après la flexion des doigts de la main gauche, il s'est formé des abcès aux doigts de la main droite, le malade les a percés lui-même avec une épingle *entre la chair et l'os* et il en est sorti *comme de l'eau*.

L'apparition de ces abcès a été indolore, accompagnés cependant d'une forte fièvre, comme pour la main gauche, puis l'extrémité de ses deux doigts a « pourri ». Les os sont tombés, il y a quatre ans. Le médius a perdu ses phalanges en deux fois.

État actuel. — Les rudiments de doigts se mettent bien en flexion sur le carpe. Ils exécutent leurs mouvements, très restreints d'ailleurs, d'une manière très lente, de même les autres doigts demeurés indemnes.

La région carpienne n'a pas le même développement que celle de gauche : elle n'est point déformée ; mais les mouvements qu'elle exécute ne sont pas meilleurs que ceux de l'autre membre.

Les ongles des doigts qui persistent sont tombés et plus ou moins fendillés.

La peau est toujours rude, et porte des poils épais ; bourrelets et gerçures sur la partie dorsale de la région située entre l'index et le pouce.

Les gerçures et les engelures viennent aussi bien en été qu'en hiver. Le malade ne se plaint pas de la chaleur en été ; mais en hiver ses membres sont toujours glacés et il est par là même impotent. Les mouvements de la main droite sont très lents et très limités : la flexion et la rotation ont de la peine à se faire, de même, les mouvements du poignet.

La flexion de l'avant-bras sur le bras est normale, quoique un peu lente. Les muscles ne sont pas atrophiés. La recherche des troubles de la sensibilité nous donne les mêmes résultats que pour le côté gauche.

Les battements de la radiale sont assez faciles à percevoir et n'offrent pas de ralentissement anormal.

Pas de nodosités sur le trajet du nerf cubital. Pas de déviation de la colonne vertébrale. Du côté des membres inférieurs le réflexe rotulien est plutôt diminué.

OBSERVATION III (Inédite).

Prise dans le service du professeur Follet, de Rennes.

Atrophie musculaire au membre supérieur. - Panaris successifs.
Dissociation syringomyélique. - Parésie musculaire.

Anne Let..., habite à Bain-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine), âgée de 26 ans, est entrée dans le service le 6 décembre 1902.

Facies normal. — Ce qui frappe d'abord c'est l'amaigrissement des membres supérieurs, très marqué surtout au niveau des mains et des poignets, amaigrissement qui n'est nullement en rapport avec l'embonpoint du reste du corps. Les mains présentent nettement la griffe cubitale. De plus, il manque une phalange à l'index de la main droite. Nous y constatons en outre des cicatrices de panaris anciens et de bulles récentes.

Diagnostic symptomatique. Palpitations de cœur rares. Pas de varices, ni d'œdème. Ni dyspnée, ni toux, la malade ne crache pas.

Appétit assez bon. Toutefois, léger dégoût pour la viande et la graisse. Depuis quelques jours la bouche est sèche et amère. Langue légèrement saburrale.

La mastication se fait bien habituellement. Pas de gêne dans la déglutition et la digestion. Jamais de vomissements, d'aigreurs, de renvois ou de coliques.

Les selles sont irrégulières. Depuis deux ans la malade est sans cesse constipée. Pas de méloëna. Les règles parues à 15 ans, ont toujours été régulières ; depuis 3 ans, sont très peu abondantes et suivies de céphalalgie. Elle n'est pas mariée ; pas d'enfants, aucune trace de maladie vénérienne.

Les mictions sont normales sans polliurie, ni pollakiurie. Jamais d'hémorragie. Jamais eu de fractures, luxations ou entorses.

Bras gauche. — La main au repos présente une demi-flexion des quatre doigts sans contracture. Le pouce est en extension molle. L'extension volontaire, n'arrive pas à être complète. La malade ne peut écarter les doigts ; quant au pouce, il s'écarte un peu mais en s'élevant.

Les muscles de l'avant bras sont, dans leurs fonctions, également atteints. Les mouvements de flexion et d'extension de la main sont extrêmement limités. La rotation externe et interne est conservée. Les muscles du bras sont à peu près conservés. Toutefois, la force est diminuée, car on peut, sans un très grand effort, arriver à fléchir l'avant-bras sur le bras maintenu fortement en extension par la malade.

L'atrophie musculaire est extrêmement prononcée, au niveau des éminences thénar et hypothénar ainsi qu'au niveau de l'adducteur du pouce. Les interosseux seraient peut-être un peu moins atteints.

La partie inférieure de l'avant-bras, au lieu de se terminer en fuseau, se déprime brusquement à 25 centimètres au dessus de l'articulation radio-carpienne.

Bras droit. — Les doigts sont également en demi-flexion ;

mais marquée surtout à gauche. L'extension est possible pour l'index et le médus ; l'annulaire et l'auriculaire restant fléchis. Les mouvements de la main sont assez bien conservés. La flexion et l'extension subsistent ainsi que la rotation.

Les déformations siègent au niveau du pouce et de l'index. Si la main est posée à plat sur la paume, le pouce en dedans, la dernière articulation de ce doigt n'est plus dans l'axe mais portée en dedans. Elle est d'ailleurs déformée, globuleuse, grossièrement en baguette de tambour.

L'ongle est considérablement élargi. Il mesure 26 millimètres; l'ongle correspondant n'en mesurant que 19. Par contre, il est beaucoup moins haut, n'ayant dans ce sens que 10 millimètres, tandis que l'autre en a 18.

Au niveau de l'index, la phalange est plus modifiée encore, l'ongle a complètement disparu. Il est remplacé par une cicatrice déprimée. Ce segment dans son entier, d'ailleurs, est très raccourci n'ayant plus que 18 millimètres ; il en a 30 de l'autre côté. Les phalanges du médus et de l'annulaire présentent, actuellement, encore des traces de lésions rappelant la vésication. Ces accidents surviennent, au dire de la malade, assez fréquemment et après le contact d'objets d'une chaleur assez modérée.

Nous avons relevé les dimensions des deux bras, ce qui nous a donné :

Membre supérieur gauche.	Membre supérieur droit
Poignet : 16° 1/2	20° 1/2
Av.-bras : partie moy. 19°	18°
— : partie sup. 24°	24°
Bras 30°	32°

Membres inférieurs. — Les réflexes patellaires sont exagérés. Le réflexe du fascia lata est très net des deux côtés. Le Babinski est en extension.

Thorax. — Il existe au niveau de la région cervicale et dorsale supérieure, une cyphose évidente avec un certain degré d'ankylose vertébrale.

Les mouvements sont très limités et se font pour l'élévation et la rotation de la tête, surtout grâce aux articulations sous-jacentes. C'est ainsi qu'il existe une lordose de compensation manifeste.

Objectivement, il ne semble pas exister d'atrophie musculaire au niveau du cou et du trapèze. Les autres régions du corps sont normales, notamment le territoire des nerfs bulbaires.

Système nerveux. — Pas d'insomnies ni de cauchemars. Des céphalalgies paraissent régulièrement pendant un ou deux jours, tous les mois après les règles.

Elle éprouve quelquefois des douleurs au niveau du membre supérieur, dans les épaules. Nous avons recherché l'état de la sensibilité :

Main gauche. — Au contact, la sensation est conservée, mais avec des erreurs de localisation. Parfois même, cette sensation de contact est diminuée pour les extrémités digitales.

La sensation de piqure est souvent confondue pour les dernières phalanges avec une sensation de contact.

Pour la thermo-anesthésie, les troubles sont plus étendus, particulièrement à la paume de la main où ils s'étendent jusqu'à l'avant-bras.

Main droite. — La sensibilité au contact est généralement conservée. Cependant il existe des erreurs de localisation pour les doigts. La malade sent qu'on la touche mais ne peut dire à quel doigt.

Thermoanesthésie : Le chaud et le froid sont pour presque toute la main, confondus avec un contact indifférent. Il y a des sensations subjectives, douloureuses, à la pression de l'index.

La topographie radiculaire a été recherchée : mais il est impossible de la constater nettement, les troubles étant surtout marqués à la portion distale du membre. Cependant, même dans les zones les plus atteintes, on trouve des régions limitées sans altération très nette de la sensibilité.

D'une façon générale, la sensibilité électrique est un peu diminuée, mais existe plus forte à droite.

En résumé dissociation syringomyélique de la sensibilité des doigts, caractérisée par : *a*) une conservation au moins relative de la sensibilité au contact ; *b*) la presque abolition de la sensibilité au chaud et au froid ; *c*) une diminution évidente de la sensibilité à la piqure.

Il n'existe pas de troubles de la sensibilité sur le reste du corps.

Résultats de l'examen électrique :

<i>Main gauche.</i>	{	Emin thénar.	{	c. faradique très diminuée.	
			{	c. galvanique abolie.	
	{	Hypothenar.	{	c. faradique très diminuée.	
			{	c. galvanique très diminuée.	
				(Réserve au point de vue qualitatif.)	
	{	Adducteur du	{	c. faradique.	} Abolies.
		pouce.	{	c. galvanique.	

Main droite. .	{	Émin thénar.	{	c. faradique normale.	
				c. galvanique diminuée.	
		Hypothenar.	{	c. faradique extrêmement diminuée.	
				c. galvanique	/ — —
		Adducteur du	{	c. faradique.	} Abolies.
		pouce.		c. galvanique.	

D'une façon générale, il y a diminution des réactions électriques. Il y a lieu de réserver la question de la dissociation radiculaire ; un certain nombre de fibres en sont probablement atteintes.

Organe des sens. --- Vue normale. Champ visuel non rétréci.

Pas de surdité, ni de bourdonnements d'oreilles. Pas d'épistaxis.

Elle éprouve de temps à autre le phénomène du doigt mort.

Diagnostic anatomique. -- On perçoit à l'auscultation un léger souffle systolique avec intensité à la pointe du cœur.

Le pouls donne 76 pulsations à la main. Température normale. Palpation, percussion et auscultation du thorax, rien d'anormal : 23 respirations à la minute.

Foie, rate normaux, rien à signaler par ailleurs.

Excrétas. -- Pas d'expectoration, d'hémorrhagie, la malade transpire peu.

Les urines sont limpides ; l'analyse ne nous y a fait découvrir ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

Diagnostic nosographique :

A. H. La mère âgée de 56 ans, souffre de rhumatismes articulaires. Un frère, s'est trouvé paralysé à l'âge de sept ans de tout le côté droit. La main et la jambe sont contrefaites.

Rien d'intéressant par ailleurs.

A. P. Depuis l'âge de 18 ans la malade souffre de la maladie qui nous intéresse aujourd'hui : à 19 ans, elle a eu la fièvre typhoïde.

Histoire de la maladie. Il y a huit ans, la malade éprouva des phénomènes fébriles accompagnés de céphalalgies et de courbatures.

Cette crise que la malade attribue à l'influenza, dura environ quinze jours. Aussitôt après, elle eut un panaris au pouce de la main droite. Ce panaris, venu spontanément, était assez peu douloureux pour ne pas provoquer d'insomnie. Il était toutefois très sensible à la pression. Cela dura deux mois. Il s'en suivit l'élimination d'une certaine quantité d'os.

Pendant cinq ans, à partir de cette époque, tous les hivers, des phénomènes fébriles reparurent suivis des mêmes accidents, localisés chaque fois à un seul doigt.

La deuxième année, ce fut l'index. Il devint rouge, douloureux surtout à la pression, puis tout rentra dans l'ordre.

La troisième année, fut de nouveau atteint pendant un mois environ, mais pas plus que ne l'avait été l'index.

La quatrième année, l'index, repris plus fortement, perdit la phalange.

Enfin, l'année suivante, le pouce redevint rouge et douloureux mais sans formation de panaris.

Depuis ce temps, les phénomènes reparaissent chaque hiver, mais ne sont plus suivis d'accidents locaux.

Depuis deux ans, la malade a constaté un amaigrissement progressif, devenu extrême, des membres supérieurs surtout au niveau des mains et des poignets. Ces derniers temps elle éprouvait des douleurs dans les membres supérieurs. Elle consulta un médecin qui l'envoya à l'Hôtel-Dieu.

Diagnostic. — Il n'existe nulle part de macules, ni d'épaississement sur le trajet des nerfs, ni même aucun symptôme pouvant faire songer à de la lèpre.

Quant au reste, les symptômes de la maladie de Morvan doivent être rattachés à une lésion médullaire étant donnée la bilatéralité de l'atrophie musculaire et des troubles de la sensibilité.

CONCLUSIONS

I. — La lèpre fut endémique en Bretagne jusqu'à la fin du xvii^e siècle. Sa présence dans tout ce pays n'est signalée à son origine, qu'à l'occasion de la vie de certains saints bretons qui furent souvent appelés à soulager les misères des lépreux. Elle fut importée en Armorique à la suite d'invasions, qui bouleversèrent cette contrée avant le x^e siècle.

II. — Les malheureux atteints par le fléau, furent l'objet de soins tout particuliers pour leur bien-être et en même temps de précautions sévères, destinées à préserver de la contagion les individus sains.

Tel a été le sujet de notre première partie.

III. — La lèpre est actuellement disparue de Bretagne ; cependant, de rares observations permettent de croire à l'existence possible d'une lèpre autochtone

dont la cause pourrait se rattacher à une survivance du fléau dans la région.

IV. — Quant aux rapports qui existent, entre la lèpre atténuée et la *Maladie de Morvan*, nous avons abouti aux conclusions suivantes :

1° La lèpre fruste réalise parfois un certain ensemble de symptômes spéciaux, caractérisés par la parésie, l'analgésie et l'abondance relative de panaris. Mais à côté de ces symptômes, il existe d'autres signes qui font reconnaître la lèpre dans le cas soumis à l'examen : présence de macules, de nodosités sur le nerf cubital, absence de scoliose. Et quand cette lèpre fruste se spécialisera en présentant de la paréso-analgésie à panaris, on l'énoncera : *lèpre fruste à type syndrome de Morvan*.

Le diagnostic se fera également entre la syringomyélie et la maladie de Morvan ;

2° Lorsque la syringomyélie se manifestera par une amyotrophie peu marquée et localisée aux éminences thénar et hypothénar et qu'elle sera accompagnée d'une parésie des muscles de l'avant-bras et de la main ; lorsqu'elle présentera une analgésie, sans dissociation nette des sensibilités et des troubles trophiques marqués avec prédominance de panaris aux membres supérieurs, nous devons conclure au syndrome de Morvan, autrement dit *syringomyélie à type Morvan*.

Donc, la paréso-analgésie à panaris est aussi ap-

pelée syndrome de Morvan ; ce dernier peut être offert par la lèpre et la syringomyélie, ainsi que par d'autres affections dues à des lésions médullaires ou périphériques. Le syndrome de Morvan peut se juxtaposer soit à la lèpre nerveuse fruste, soit à la syringomyélie.

Vu : Le Doyen,

Vu : le Président.

DEBOVE.

BRISSAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BRISSAUD. — Métamérisme des centres de la sensibilité. Leçons sur les maladies nerveuses. 1895.
- CHARCOT, J. M. — De la maladie de Morvan. Leçon recueillie par G. Guinon, Progrès médical, 1890.
- DOM SAUTON. — La lèpre, Paris, 1901.
- DEBOVE et HACHARD. — Traité de médecine interne. Art. Lèpre, par Jeanselme. T. IX.
- GUELLIOT (de Reims). — Parésie anesthésique. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1883.
- ALBERT LE GRAND. — Vie des saints de Bretagne. Vatard, édit., Rennes, 1901.
- JEANSELME. — Extrait des bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 30 juillet 1897). Syndrome de Morvan, syringomyélie et lèpre.
- Rapport sur la lèpre en France et dans ses colonies. Paris, Carré et Naud, édit. 1897.

- JEANSELME. — Cours de dermatologie exotique. Paris, 1904, Masson, édit.
- KURTH C. — La lèpre avant les croisades. Sciences historiques. Paris, 1891.
- LELOIR. — Traité pratique et théorique de la lèpre, 1886.
- LOUAZEL. — Contribution à l'étude de la maladie de Morvan. Thèse de Paris, 1890.
- LE MEN. — Léproux et cacous en Basse-Bretagne. Bulletin archéologique du Finistère, 1876-1877. Bulletin IV, p. 138. La léproserie de Quimper, XI, p. 250.
- MORVAN (de Lannilis). — De la parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures ou paréso-analgésie des extrémités supérieures. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1883.
- Nouveaux cas de paréso-analgésie des extrémités supérieures. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1886.
 - Des arthropathies dans la paréso analgésie. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1887.
 - De la scoliose dans la paréso-analgésie. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1887.
 - De l'anesthésie sous ses divers modes dans la paréso-analgésie. Cas frustes de paréso-analgésie. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1889.
- G.-C. D'OGER DE SPÉVILLE. — Contribution à l'étude de la maladie de Morvan. Thèse de Paris, 1888.
- A. PARÉ. — Traicté de la lèpre 12°. Paris, 1568.
- PROUFF. — Un nouveau cas de paréso-analgésie. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1887.
- TRÉVÉDY. — La séparation des lépreux et leur condition,

notamment en Bretagne. Saint-Brieuc. Prud'homme, 1904.

— Les caquins devant le sénéchal de Cornouailles, 1884.

MONOD et REBOUL. — Contribution à l'étude de panaris analogiques. Archives générales de médecine, juillet 1888, t. II.

Bulletin de la Société archéologique du Finistère. Histoire de l'abbaye de Quimperlé, p 142.

La Lèpre. — Revue des questions scientifiques. Bruxelles, 1894. Etat de nos connaissances actuelles sur la lèpre. Sem. médicale. Juin 1893.

ZAMBACO-PACHA. — Voyage chez les lépreux. Paris, G. Masson, édit., 1891-1892.

— La lèpre dans le midi de la France en 1893. Masson, édit., 1893.

RAYMOND. — La syringomyélie. Journal de médecine interne. 15 février 1904.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION, ...	5

PREMIÈRE PARTIE

Histoire de la lèpre en Bretagne.

CHAPITRE I : Mesures prises pour l'isolement des lépreux.	14
CHAPITRE II : Condition de vie du lépreux.	22
CHAPITRE III : Disparition de la lèpre.	27

DEUXIÈME PARTIE

La lèpre et la maladie de Morvan.

CHAPITRE I : Symptomatologie du syndrome de Morvan.	33
CHAPITRE II : Diagnostic de ce syndrome avec la syringomyélie et la lèpre.	40
CHAPITRE III : La lèpre en Bretagne à l'époque actuelle.	55
OBSERVATIONS PERSONNELLES.	59
CONCLUSIONS	..
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	..

